





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

Secretaria de Estado da Saúde Pública  
Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel  
Pronto Socorro Clóvis Sarinho

RECEITUÁRIO

NOME

PRESTADO MONTO  
POSSO QUE O SR. COSMO JOSÉ  
ALMEIDA SILVA FAI FORTUNA DE  
FRAÇÃO DA RENDA DIVIDIDA E  
DEVE PERMANECER ATENDENDO AO  
TRATAMENTO POR 90 DIAS.

1. 4 24/08/2020

CID: 582.3

Dr. Gentil Fereidun de A. Filho  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM/RN 5617

DATA

ASSINATURA

SE FOR DIRIGIR NÃO DEBA.  
FUMAR É PREJUDICIAL A SAÚDE.

RESPEITE O PEDESTRE.

PLUTE SEMPRE COM CAPACETE.  
COMBATA O MOSQUITO DA DENGUE, EVITE ÁGUA PARADA.

Missão: Oferecer, no âmbito hospitalar, assistência à saúde para crianças e adultos em situação de emergências clínicas, cirúrgicas, agravos de causas externas, em especial o trauma, de acordo com as melhores práticas clínicas e contribuir para o ensino e a pesquisa em saúde à luz dos valores éticos e humanitários.



SESAP RN - HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL  
PRONTO SOCORRO CLÓVIS SARINHO



BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 34053 /2020

Admissão: 10/08/2020 08:41:18

CIRURGIA GERAL - VERDE

Paciente: 181805 - COSMO JOSE ALVES DA SILVA (45 a 7 m 29 d)

Nascimento: 12/12/1974 Natural: ITAMBE BRASIL

Sexo: M Cor: PARDA

CNS: 700006605357706

CPF: 98333917453

Prof:

Mãe: MARIA JOSE ALVES DA SILVA

Pai: JOSE RAIMUNDO DA SILVA

Logradouro: ISRAEL, 0

CEP: 59584000

Bairro: TOUROS

Cidade: TOUROS

Telefone: 84 994971958

Compl:

Motivo: ACIDENTE DE TRANSITO - MOTO

Tipo: REFERENCIADO

Origem: AMBUL. SAMU RN

\*Empresa:

Fluxograma:

Discriminador:

OBS:

Classificação: 10/08/2020 08:38:24

HORA	P.A.	HGT	SatO2	FiO2	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RTS
	110x70		97%		20	92		15	

### HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA

Queixas: acidente de moto + fratura exposta em mid

Hora:

Acidente de moto de 150cc, 2h. de espereira. Perda de consciência, náuseas, vômitos. Nega qualquer uso de drogas ou álcool.

### EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

- A Visão sem alteração de cor e de nível
- B Mucosas brancas, SRA. fômites normais
- C Pulso 94 bpm
- D Pressão 15
- E Desorientado em MID.

### OUTRAS OBSERVAÇÕES:

Ans. - fômites flocados de fezes e urina  
fômites de urina

\*Saída: -

DIAGNÓSTICO INICIAL - CID

**RAIOS-X**  
Realizado em: 10/08/2020 Hora: 12:42  
Técnico: HERBERT

A

B

C

D

E

A(ALÉRGICAS)

M(MEDICAÇÃO EM USO)

P(PATOLOGIAS E CIRURGIAS PRÉVIAS)

L(LIQ. E ALIMENTOS INGERIDOS)

A(AMBIENTE E EVENTOS DO TRAUMA)

V (PASSADO VACINAL)

EXAMES COMPLEMENTARES(RADIOLOGIA E IMAGEM)

Rx de fêmur @ AP / VAP

Dr. Geníllo Marinho  
Cirurgião Geral  
CRM-RN 7331

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

OUTROS

CONDUTA PRIMÁRIA MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

VAT

Fenoxibenz 400 01 Az + Bup 100 EV

Buprenorph 0,2 mg + Bup 100 EV

Ata em sim

08:45 W

Dr. Geníllo Marinho  
Cirurgião Geral  
CRM-RN 7331

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

## ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

ESPECIALISTA 1

Dr. Geníllo Marinho

HORA:

DATA:

10/08/2020

ESPECIALISTA 2

HORA:

DATA:

ESPECIALISTA 3

HORA:

DATA:

Dr. Geníllo Marinho  
Cirurgião Geral  
CRM-RN 7331

## DESTINO DO PACIENTE:

INTERNAÇÃO NA CLÍNICA:

DATA

/ /

HORA

SAÍDA: ( ) DECISÃO MÉDICA ( ) REVELIA ( ) TRANSFERIDO PARA:

ÓBITO: DATA / / HORA

ENTREGUE À FAMÍLIA ( ) COM ATESTADO ( ) S.V.O ( ) ITP

ANAMNESE

EXAME FÍSICO

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)\*\*\*\*

LABORATÓRIO

OUTROS

CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Assinatura e Carimbo do Responsável

Assinatura e Carimbo do Responsável

DESTINO DO PACIENTE:

Nº do Boletim de Atendimento:

INTERNAMENTO NA CLÍNICA:

ortop

DATA: 01/08/2013 HORA: 09h

SAÍDA:

DATA: / / HORA:

Decisão Médica ☐

À Revelia ☐

Transferido para:

OBITO:

DATA: / /

HORA:

Entregue à família

com Atestado ☐

S.V.O. ☐

ITEP ☐

Médico (Carimbo)

Dr. Rodrigo Cabral  
Ortopedista  
CRM: 6046  
SBOT: 14.525

Destacar nessa linha e entregar ao paciente após a sua lib

DESTINO DO PACIENTE:

Nº do Boletim de Atendimento:

INTERNAMENTO NA CLÍNICA:

DATA: / / HORA:

SAÍDA:

DATA: / / HORA:

Decisão Médica ☐

À Revelia ☐

Transferido para:

OBITO:

DATA: / /

HORA:

Entregue à família

com Atestado ☐

SVO ☐

ITEP ☐

ALGORITMO DE SUPORTE BÁSICO DE VIDA: 1 - AVALIE A RESPONSABILIDADE DA VÍTIMA 2 - PEÇA AJUDA A OUTRA PESSOA (LIGUE 192 QUANDO ESTIVER FORA DE HOSPITAL); 3 - ABRUA VIA AÉREA, 4 - AVALIE RESPIRAÇÃO (VER, OUVIR, SENTIR), 5 - SE APNEIA, APLIQUE 2 VENTILAÇÕES DE RESGATE (DISPÔSE-NO BOLSÃO, VALVA, MÁSCARA), 6 - AVALIE PULSO CARÓTÍDEO, OU FEMURAL (BOLSO ALTO EM LACTENTE), 7 - SE FÚLIDO, AUSENTE, INICIE COMPRIMISSOS TORÁCIAS, 10MIN (PROPORÇÃO 30:2) ATÉ A CHEGADA DO DEB, 8 - DEB DISPONÍVEL: ANALISE O RÍTMO, 9 - RÍTMO CHOCÁVEL: APLIQUE 1 CHOQUE 360 (300 PT DSA BIFÁSICO), E REINICIE RCP, 10 - RÍTMO NÃO CHOCÁVEL: REINICIE RCP (30:2), 11 - AVALIE O RÍTMO A CADA 5 CICLOS, 12 - PARE RCP QUANDO A EQUIPE DE SUPORTE AVANÇADA ASSUMIR, OU CASO A VÍTIMA SE MOVIMENTE, 13 - COLÓQUE-A EM POSIÇÃO DE RESUSCITAÇÃO.

**ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 1:** Ortopedia

**ANAMNESE**  
 Paciente teve acidente de moto  
 e trauma em pé direito.  
 vem a fratura segurada na

**EXAME FÍSICO**  
 fêmur D. exposto

**IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA**

**EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)\*\*\*\***

**LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS**

**OUTROS**

**CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)**  
 1) apofectum 2g. 5v  
 2) ao C.C.

**ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM**

Dr. Rodrigo Cabral  
 ortopedista  
 CRM: 87116  
 SBOT: 14.525

Assinatura e Carimbo do Responsável

Assinatura e Carimbo do Responsável

# ORIENTAÇÃO TEÓRICA

ELEMENTOS DA ESCALA DE COMA GLASGOW	
Abertura Ocular (AO)	
Oftos se abrem espontaneamente.	4
Oftos se abrem ao comando verbal. (Não confundir com o despertar de uma pessoa adormecida, se assim for marque 4, se não 3)	3
Oftos se abrem por estímulo doloroso	2
Oftos não se abrem.	1
Melhor resposta verbal (MRV)	
Orientado (Responde acuradamente e apropriadamente às perguntas sobre seu nome, idade, endereço, está, o porquê, e data e etc.)	5
Confuso (Responde às perguntas corretamente, mas há alguma desorientação e confusão)	4
Palavras inapropriadas (Fala aleatória, mas sem troca conversacional)	3
Burros ininteligíveis. (Geme com sons sem palavras)	2
Ausente.	1
Melhor resposta motora (MRM)	
Obedece a ordens verbais: (Faz o que se pede quando lhe é ordenado)	6
Localiza estímulos dolorosos.	5
Resposta intencional a dor.	4
Padrão flexo à dor (Decorticação).	3
Padrão extensor à dor (Decorecção).	2
	1

"ESCALA DE TRIAGEM DO TRAUMA REVISADA - RTS	
DISCRIMINADOR	PONTUAÇÃO
ESCALA DE COMA DE GLASGOW	13-15 = 4
	9-12 = 3
	6-8 = 2
	4-5 = 1
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA	10-20 = 4
	>20 = 3
	6-9 = 2
	1-5 = 1
PRESSÃO ARTERIAL SISTÓLICA	90 = 4
	>90 = 3
	50-89 = 2
	1-49 = 1

"Escala de Trauma Revisada (RTS): Bom índice de sobrevivência para pacientes de trauma fechado. Referência: Adaptado de Champion HL Jr, Sacco WJ, Copes, et al; A revision of the Trauma score, J Trauma 29(5) 424, 1999.

## CLASSIFICAÇÃO DO TCE, (ATLS 2005)\*

8-12 - Grave (necessidade de intervenção imediata);  
 5-7 - Moderado;  
 1-4 - Leve

\* Referência: TEASDALE G, JENNET B. Assessment of coma and impaired consciousness. A practical scale. Lancet 1974;2:81-84

"A escala proposta aplica-se a doentes conscientes e a doentes com idade superior a 3 anos. Na Escala Classifica-se os doentes que classificam a intensidade da lesão de acordo com os seguintes critérios:

SEM DOR	LEVE	Moderada	Intensa
0	1	2	3



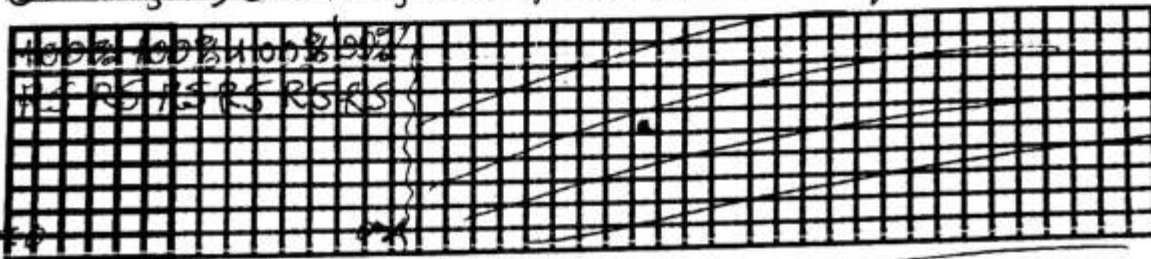
GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
Secretaria de Estado da Saúde Pública  
Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel  
Pronto Socorro Clóvis Sarinho

## FICHA DE ANESTESIA

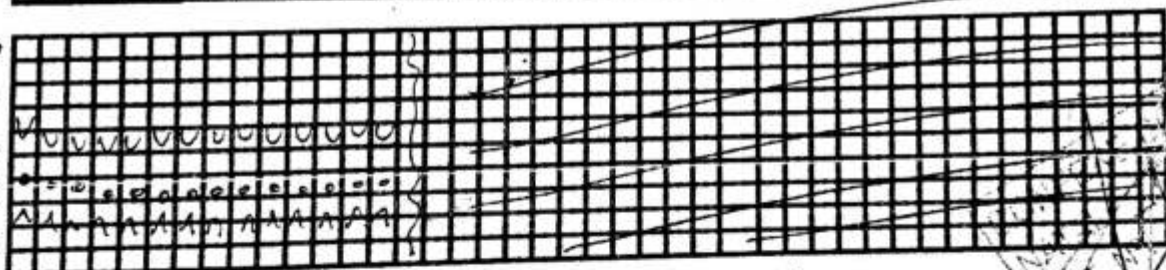
Paciente: Cesmo José Alves da Silva. ASA: II  
Idade: 45a. Sexo: \_\_\_\_\_ Registro: \_\_\_\_\_  
Diagnóstico: Fratura exposta de tíbia e fíbula. Data: 10/08/2020  
Cirurgia Realizada: Tto cirúrgico de fratura exposta de tíbia e fíbula.  
Cirurgião: Dr. Gentil Auxiliar: \_\_\_\_\_  
Anestesiologista: Dra. Sarah + Dr. Vithor R2 Enfermagem: Emanuela/Valéria.  
História Clínica Admissional: Paciente com HAS, negando demais comorbidades e alergias. Jejum > 8h.

Técnica Anestésica: ① Avaliação pré-anestésica ② Monitorização ③ Venoclise prévia MSD ④ Anti-sepsia e assepsia M/E ⑤ Bloqueio peridural direto ⑥ Sentado: anti-sepsia D2 ⑦ PM L3-L4 quincke 276 c/ retorno LCR dextro ⑧ 00H ⑨ Sedação ⑩ Proteção de plecos ⑪ Vent. espontânea.

SpO2  
ECG



200  
160  
120  
80  
40



Início: 10:40

Término: 11:50

Anestésicos Utilizados:

1. Ropivacaína 75mg, infiltrado.
2. Fentanil 20mcg, SA.
3. Dipirona 2g, EV.
4. Dexametasona 10mg, EV.
5. SFO, 9% 1000ml, EV.
6. \_\_\_\_\_
7. \_\_\_\_\_
8. \_\_\_\_\_
9. \_\_\_\_\_
10. \_\_\_\_\_
11. \_\_\_\_\_
12. \_\_\_\_\_
13. \_\_\_\_\_

2. Bupivacaína peridural 10mg, SA.
3. Cefazolina 2g, EV.
4. Midazolam 2mg, EV.
5. Tenoxicam 40mg, EV.
6. \_\_\_\_\_
7. \_\_\_\_\_
8. \_\_\_\_\_
9. \_\_\_\_\_
10. \_\_\_\_\_
11. \_\_\_\_\_
12. \_\_\_\_\_
13. \_\_\_\_\_
14. \_\_\_\_\_

Encaminhamento: a SRPA, consciente, respirando em ar ambiente.

Assinatura do Anestesiologista - CRM

ESTE HOSPITAL É SEU, É MEU, É NOSSO.

FIA / BAA: 7647 / 2020

Paciente: COSMO JOSE ALVES DA SILVA

Convênio: SUS

Categoria: GRATUITO

Unidade: 4 ANDAR

Quarto / Leito: 2 / 408

Tipo de Cirurgia: 2

Prontuário: 1199548

Data Agendamento: 17/08/2020 21:45

Cirurgia: FASCIOTOMIA DE MEMBROS INFERIORES

Data Realização: 17/08/2020 19:50

Potencial de Contaminação:

Cirurgião: GENTIL FERNANDES DE ARAÚJO FILHO

Anestesista: LEANDRO GOMES DE OLIVEIRA

Tipo Anestesia: RAQUE

Instrumentador: ANA CLAUDIA - Hospital

Equipe:

Data do Relatório: 17/08/2020 20:36

Profissional: GENTIL FERNANDES DE ARAÚJO FILHO

Relato da Cirurgia: PACIENTE EM DECUBITO DORSAL SOB ANESTESIA

REALIZADO DEGERMAÇÃO E ANTISEPSIA

CAMPOS

DEBRIDAMENTO E SUTURA PARA FECHAR FASCIOTOMIA

RM: 5847 - GENTIL FERNANDES DE ARAÚJO FILHO

Dr. Gentil Fernandes de Araújo Filho  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM: 5847

0408050500(4)582.2(846,36)  
R02  
0415040027(3)521,77  
+TK=0702030406



Sistema  
Ministério  
Único de  
da  
Saúde Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO  
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR  
Identificação do Estabelecimento de Saúde

0- DATA	1- ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	2- CNES
06/09/2020	HOSPITAL DEOCLECIO MARQUES DE LUCENA	3515168
3- ESTABELECIMENTO EXECUTANTE		4- CNES
HOSPITAL DEOCLECIO MARQUES DE LUCENA		3515168
Identificação do Paciente		
5- PACIENTE	6- NUMERO DO PRONTUÁRIO	
COSMO JOSE ALVES DA SILVA	170190	
7- CARTÃO NACIONAL/SUS	8- DATA DE NASCIMENTO	9- SEXO
700 0066 0535 7706	12/12/1974	MASCULINO
11- NOME DA MÃE	10- RAÇA/COR	
MARIA JOSE ALVES DA SILVA	PARDA	
13- NOME DO RESPONSÁVEL	12- TELEFONE DE CONTATO	
IVANILDA RODRIGUES ALVES DA SILVA	994971958	
15- ENDEREÇO (RUA, Nº)	14- TELEFONE DE CONTATO	
PO VILA ISRAEL, 9422		
16- MUNICÍPIO	17- BAIRRO	18- UF
TOUROS	ZONA RURAL	RN
		19- CEP
		59584 000

Justificativa de Internação

20- PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Fratura segmentar do fêmur (D)

21- CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Necessidade de tratamentos cirúrgicos

22- PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS)

Radiografia + el. físico + exames laboratoriais

23- DIAGNÓSTICO INICIAL

24- CID 10 PRINCIPAL

25- CID 10 SECUND.

26- CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

Fratura segmentar  
fêmur

Procedimento Solicitado

27- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

29- CLÍNICA

30- CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31- DOCUMENTO

32- Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

33- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34- DATA DA SOLICITAÇÃO

35- ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

Preencher em caso de causas externas (acidentes ou violência)

39- CNPJ DA SEGURADORA

40- Nº DO BILHETE

41- SÉRIE

36- ( ) AC. TRÂNSITO

37- ( ) AC. TRABALHO TÍPICO

38- ( ) ACI. TRABALHO TRAJETO

42- CNPJ DA EMPRESA

43- CNAE DA EMPRESA

44- CBOR

45- VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEGURADO

Autorização

46- NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47- COD. ORGÃO EMISSOR

52- Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48- DOCUMENTO

49- Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

( ) CNS ( ) CPF

50- DATA DA AUTORIZAÇÃO

51- ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

HRDML / SESAP  
CONFERIR O ORIGINAL  
Parnamirim, RN, 18/09/2020  
Mat. 95477



## PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO

CLINICA  
ORTOPEDIAREGULAÇÃO  
WALFREDO GURGEL

OBS

ENFERMARIA Nº	LEITO	PRONTUÁRIO
		170190
CATEGORIA	GIH	DATA
		06/09/2020
PACIENTE		HORA
COSMO JOSE ALVES DA SILVA		14:20
ESTADO CIVIL	PROFISSAO	DATA DE NASCIMENTO
CASADO	AGRICULTOR	12/12/1974
ENDEREÇO (RUA, Nº)		
PO VILA ISRAEL, 9422		
MUNICIPIO	BAIRRO	UF
TOUROS	ZONA RURAL	RN
LOCAL DE TRABALHO		CEP
		59584 000
		TELEFONE
FILIAÇÃO		
MARIA JOSE ALVES DA SILVA	JOSE RAIMUNDO DE SILVA	
RESPONSÁVEL		TELEFONE
IVANILDA RODRIGUES ALVES DA SILVA		994971958
CPF		
983 339 174 54		

DIAGNOSTICO PROVISORIO

DIAGNOSTICO DEFINITIVO

DATA DE ADMISSAO

06/09/20

ALTA

23/09/20

OBITO

HISTORIA CLINICA

HRDML / SESAP  
CONFERI C/ O ORIGINAL  
Paranápolis, RN, 08/09/2020  
Mat. 98728



**GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE**  
SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA  
HOSPITAL DEOCLÉCIO M. LUCENA  
PARNAMIRIM /RN

700 0666 0535 7706

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

04 No Oct. only

NOME: EDMO JOSÉ ALVES DA SILVA

IDADE: 12/12/74 COR: morena SEXO: mulher ESTADO CIVIL: casada

NATURALIDADE: Itambé (PE) PROFISSÃO: Agricultor PROCEDÊNCIA:

ENDEREÇO: Rua: VILA ISOTEL 01 BAIRRO: 260-110

CIDADE: Itumbiara DATA: 06/09/20 HORA: 09:10

**CONDIÇÕES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO**

APARENTEMENTE BEM ☐ REGULAR ☐ COM DISPNEIA ☐ CHOCADO ☐ COM ☐  
C/ HEMORRAGIA ☐ EM CONVULSÃO ☐ POLITRAUMATIZADO ☐ AGITADO ☐ OUTROS ☐

### ALEGA ACIDENTE DE TRABALHO

SIM ☐

NÃO ☐

PUPILAS	A) NÍVEL DE CONSCIÊNCIA (GLASGOW)
---------	-----------------------------------

B) FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA

C) PRESSÃO ARTERIAL

ESCORE FINAL (SCORE, DE TRAUMA MODIFICADO) A+B+C

TEMP.

## RESPIRAÇÃO

**PULSO**

T.A.

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO (ALEGADA)

## EXAME FÍSICO

SCORE DO TRAUMA MODIFICADO T-RTS

[illegible]

### DIAGNÓSTICO INICIAL



Hospital

Nome do paciente

Nº prontuário

Data operação

Enf.

Leito

Operador

COSMO JOSÉ ALVES DA SILVA

1º auxiliar

2º auxiliar

11/09/2020

3º auxiliar

Instrumentador

Anestesiista

DR FREDERICO LIMA

DR FELIPE WAGNER

Diagnóstico pré-operatório

Tipo de operação

FRATURA DIAFISARIA DE TIBIA DIREITA

Diagnóstico pós-operatório

OSTEOSSINTESE DE FRATURA DIAFISARIA DE TIBIA DIREITA

Relatório imediato do patologista

Exame radiológico no ato

Acidente durante a operação

( ) CIRURGIAS MÚLTIPLAS  
(0415010012)( ) POLITRAUMATIZADO  
(0415030013)( ) PROC. CLÍNICO  
( )(X) PROC. CIRÚRGICO  
040805 0300

( ) CBO 225225

(X) CBO 225270

( ) DIAS

( ) CID 5-822

NOTA OPERATORIA

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de acesso - tática e técnica - ligaduras - drenagem - sutura - material empregado - aspecto - vísceras

1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL APÓS RAQUI-ANESTESIA
2. APOSIÇÃO DE GARROTE EM MID
3. ASSEPSIA, ANTISSEPSIA E COLOCAÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS
4. INCISÃO EM TERÇO MÉDIO E DISTAL DE PERNA DIREITA (VIA DE ACESSO ANTEROLATERAL)+ DIVULSÃO POR PLANOS.
5. REDUÇÃO INCRENTA DA FRATURA
6. FIXAÇÃO TIPO PONTE COM PLACA DCP 4,5 MM 16 FUROS; 09 PARAFUSOS CORTICAIS 4,5MM – ( 02 – 32 MM; 03 – 28MM; 01 – 34MM; 03-30MM
7. )
8. ESTABILIDADE OK + CONTROLE RADIOGRÁFICO OK
9. RETIRADA DE GARROTE
10. SUTURA POR PLANOS COM REVISÃO DE HEMOSTASIA
11. CURATIVO ESTÉRIL ✓
12. BOA PERFUSÃO DOS MMII + PULSOS DISTAIS PRESERVADOS
13. ATO SEM INTERCORRÊNCIAS CIRURGICAS
14. À RPA + RX CONTROLE

Frederico de O. Lima  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-RN 7514Dr. Felipe Wagner Seabra  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM/RN 9937 RQE 2956HRDML / SESAP  
CONFERIÇÃO ORIGINAL  
Parnamirim-RN, 18/09/20  
10/09/2020 964

**Serviço de Anestesiologista e Gasoterapia**

Hospital				Enfermaria		Leito		Nº prontuário	
Nome				Idade		Sexo		Cor	
Data	Pressão arterial	Pulso	Respiração	Temperatura		Peso		Outros	
Tipo sanguíneo	Hemátias	Hemoglobina	Hematócrito	Glicemia		Uréia			
Urina									
Ap. respiratório				Asma		Bronquite			
Ap. circulatório				Eletrocardiograma					
Ap. digestivo			Dentes	Pescoco		Ap. urinário			
Estado mental			Ataracicos	Corticoides		Alergia		Hipotensores	
Diagnóstico pré-operatório						Estado físico		Risco	
Anestesias anteriores									
Medicação pré-anestésica				Aplicada às			Efeito		

	P Pulso	O Resp.	Anest.	Oper	Líquidos	Agentes Anestésicos
260	X	U				δ
250						
240						
230						
220						
210						
200						
190						
180						
170						
160						
150						
140						
130						
120						
110						
100						
90						
80						
70						
60						
50						
40						
30						
20						
10						

SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES	
POSICÃO	

Agentes	
Técnica	A + A: BSA (PM L 4/15, c 15, 276cc, Ligeira (D), Lempelo)
Operação	+++ curativos de fix de tecido (D)
Cirurgiões	
Anestesistas	Igori Reato
Observações	Perda sanguínea
Anotar no verso as complicações pré-operatórias, operatórias e pós-operatórias	



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
Secretaria de Estado do Rio Grande do Norte  
Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel  
Pronto Socorro Clóvis Sarinho  
ENCAMINHAMENTO

ENCAMINHAMENTO

408.

PACIENTE

WASMO JOSE PLUES DA SILVA.

SENHA

DIAGNÓSTICO

# TIBIA

SETOR DE ORIGEM

PSCS - NAMUG.

AUDITOR AUTORIZADOR

DESTINO

HDM.

DATA

06.09.20

RECEPÇÃO NO HOSPITAL DE DESTINO

( ) ACEITA

( ) RECUSADA

MOTIVO

Núcleo Interno de Regulação

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

Missão: Oferecer, no âmbito hospitalar, assistência à saúde para crianças e adultos em situação de emergências clínicas, cirúrgicas, agravos de causas externas, em especial o trauma, de acordo com as melhores práticas clínicas e contribuir para o ensino e a pesquisa em saúde à luz dos valores éticos e humanitários.



NIR HMWG <nirhmwg.bu1@gmail.com>

---

## VAGA DEOCLECIO 05/09/2020

---

Ortopedia <ortopediasesaprn@gmail.com>  
Para: NIR HMWG <nirhmwg.bu1@gmail.com>

5 de setembro de 2020 11:05

Bom dia!

Disponibilizamos 01 vaga masculina para o HDML.

O paciente deve ser transferido amanhã pela manhã.

Aguardamos nome.

Obrigada!

—  
Atenciosamente,  
**Núcleo Estadual de Ortopedia - NEO**  
**Central Metropolitana de Regulação/CER/SESAP**  
Fone: 3209-5330 / 98132-6526

**IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE**

Solicitante: HOSPITAL MONSENHOR WOLFREDO GURGEL

Executante: O solicitante ou

000.341559374

CNES: 2653923

CNES:

**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

Nome: **181805 COSMO JOSE ALVES DA SILVA - 46**

Prontuário: 1199548

CNS: 700006605357706

Nascimento: 12/12/1974

Sexo: Masculino

Cor: PARDA

Mãe: MARIA JOSE ALVES DA SILVA

Pai: JOSE RAIMUNDO DA SILVA

Endereço: VILA ISRAEL, 0 - TOUROS - TOUROS

Fone: 994971958 /

Município: TOUROS

Código Municipal IBGE:

241440 UF: RN

CEP: 59584-000

Clinica de Acompanhamento: ORTOPEDIA Laudo Nº 32291 / 2020

**JUSTIFICATIVA DE INTERNAÇÃO**

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLINICOS:

fratura segmentar da tibia direita

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:

procedimento cirurgico

RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS:

fic e rx

Diagnostico Principal e Procedimento Solicitado:

S82.2 FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA\*408050500. TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA

**Indica de regulação ortopédica externa após tratamento inicial?**

☒ SIM - TIBIA DIAFISE, FX;2

Informações importantes sobre as condições do paciente:

☐ Diabetes

☐ Hipertensão

☐ Obesidade

☒ Faz Antibioticoterapia

☐ Lesão por pressão

☐ Usa Fixador Externo

Profissional Solicitante / Assistente:

GENTIL FERNANDES DE ARAÚJO FILHO

CRM: 5647 / RN

Data da Solicitação 02/09

**PREENCHER EM CASOS DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)**

( ) Acidente de Trabalho

CNPJ da Seguradora: \_\_\_\_\_

Nº do bilhete: \_\_\_\_\_ Série: \_\_\_\_\_

( ) Acidente de Trabalho Típico

CNPJ da Empresa: \_\_\_\_\_

CNAE da Emp.: \_\_\_\_\_ CBO: \_\_\_\_\_

( ) Acidente de Trabalho Trajeto

Vínculo com previdência: ( ) Empregado ( ) Empregador ( ) Autônomo ( ) Desempregado ( ) Aposentado ( ) Não

**AUTORIZAÇÃO**

Profissional Autorizador: \_\_\_\_\_ Órgão Emissor: \_\_\_\_\_

Número da Autorização: \_\_\_\_\_

Data da Autorização: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Assinatura/Carimbo: \_\_\_\_\_

<b>FIA:</b> 7647/2020	<b>Paciente:</b> COSMO JOSE ALVES DA SILVA	
<b>Nascimento:</b> 12/12/1974	<b>Nome da Mãe:</b> MARIA JOSE ALVES DA SILVA	
<b>Convênio:</b> SUS	<b>Categoria:</b> GRATUITO	<b>Previsão de Alta:</b>
<b>Data da internação:</b> 10/08/2020 21:23	<b>4 ANDAR</b>	<b>Quarto/Leito:</b> 2 - 408
<b>Data da evolução:</b> 05/09/2020 08:24	<b>Usuário:</b> GENTIL	

**Evolução:** Idade na data: 45 anos 8 meses 24 dias  
paciente com fratura segmentar da tibia direita, ferida bem cicatrizada, sem sinais de infecção, sem comorbidades ou outras queixas, paciente retirou fixador dia 31/08/2020 estando apto ao tto definitivo

---

GENTIL FERNANDES DE ARAÚJO FILHO  
CRM 5647 / RN

---

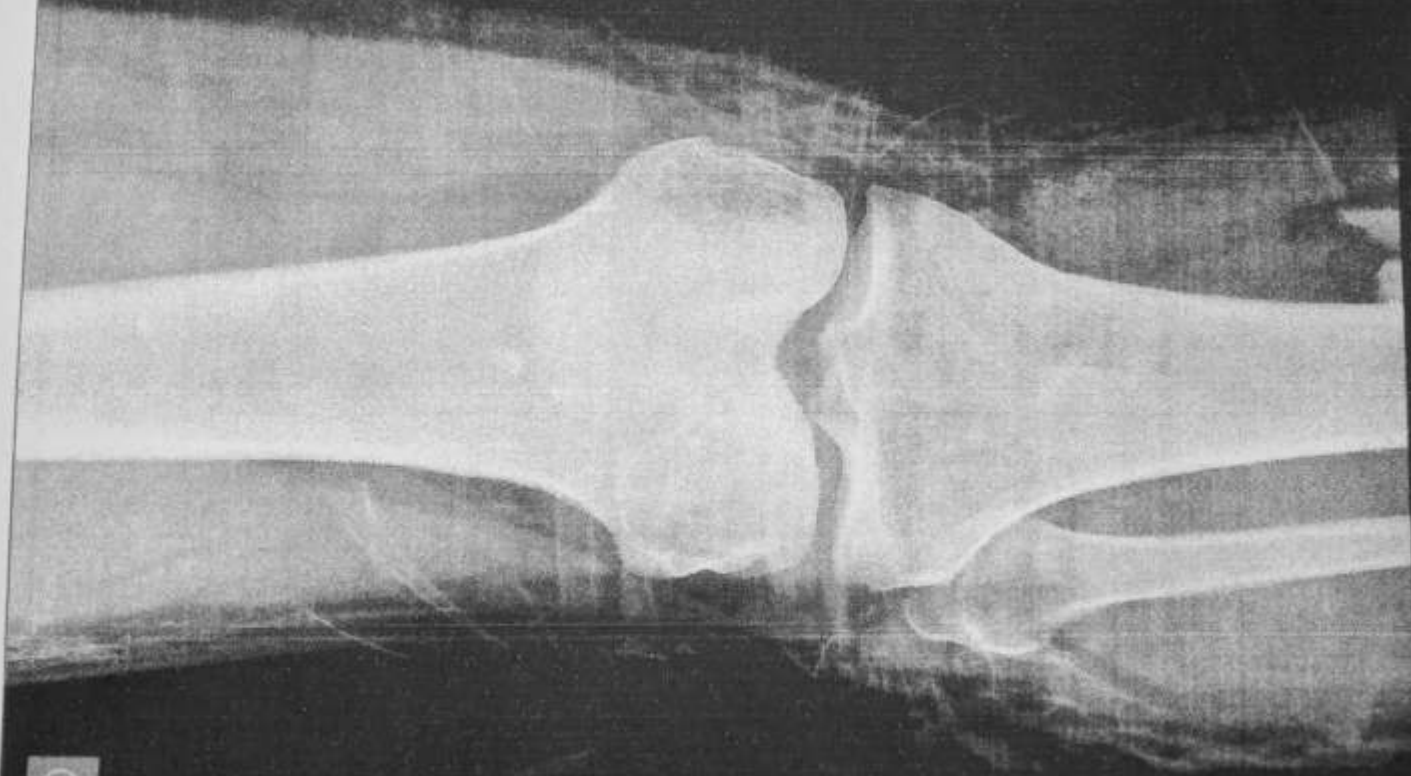


PERNA  
Id. Paciente: 34053  
Paciente: COSMO JOSE ALVES DA SILVA  
HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL

PERNA

Idade: 45 ano(s)  
Técnico: HERBERT/FCM

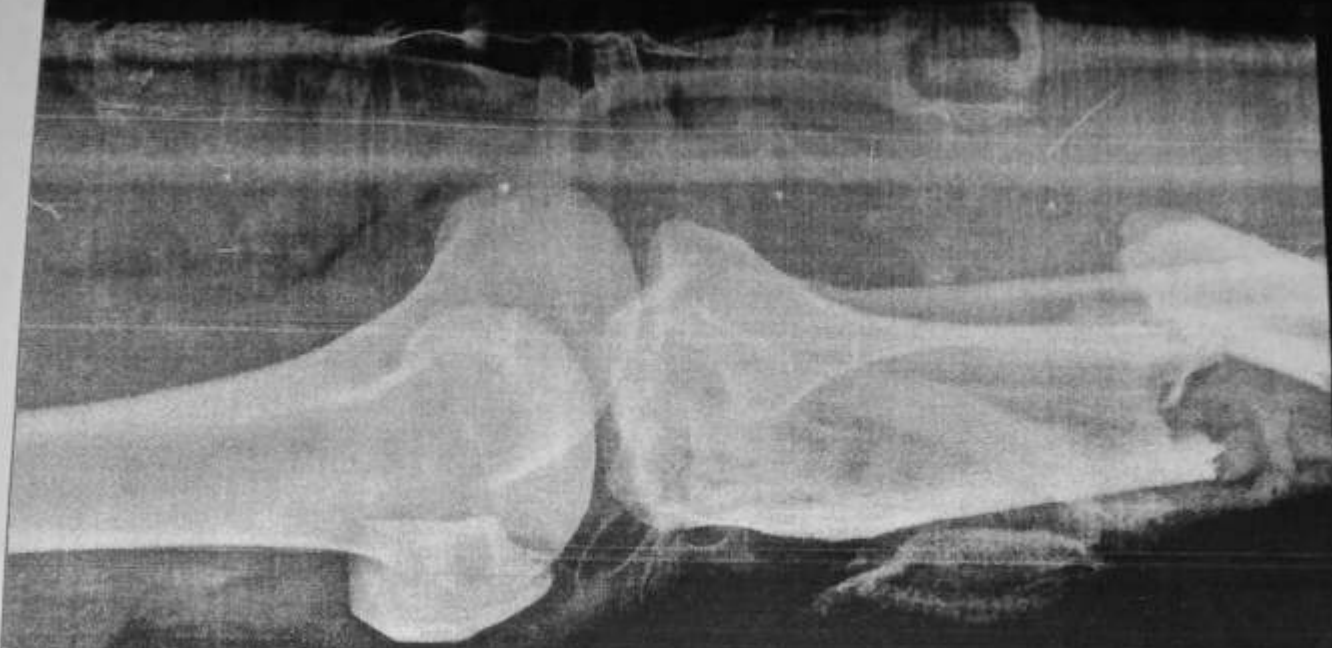
D



JOELHO

50.9 %

Id. Paciente: 34053  
Paciente: COSMO JOSE ALVES DA SILVA



58.9 %

Tecnico: HERBERT/FCM

Idade: 45 anos(s)

JOELHO

D



PERNA

49.7 %

Id. Paciente: 47647/2020

Data Exame: 10/08/2020 15:45:24

Paciente: COSMO JOSE ALVES DA SILVA

HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL

PERNA

53.7 %

Técnico: PAULA

Idade: 45 ano(s)



Secretaria de Saúde Pública  
Hospital Deoclécio M. Lucena

## RECEITUÁRIO MÉDICO

*Cosmo J. B. de Silva*

*Soluto*

*FN/STENNA (20 Set/22)*

*Dr. C. F. L. Bruno*

*Ramon*  
Ramon Marcello M. Teixeira  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM/RN - 5148

*23/10/22*



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

RIO GRANDE DO NORTE

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
INSTITUTO TECNICO CIENTIFICO DE POLICIA  
COORDENADORIA DE IDENTIFICACAO



POSICAO DIREITA



Mareilma de Oliveira Leideiro Silva

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIFICACAO

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO  
GERAL

002.076.933

DATA DE

EXPIRAÇÃO

12/07/2013

NOME

MARCILENE DE OLIVEIRA CARDOSO SILVA

FILIAÇÃO

JOSE CARDOSO SOBRINHO

TEREZINHA DE OLIVEIRA CARDOSO

NATURALIDADE

NATAL - RN

DATA DE NASCIMENTO

09/02/1984

DIG. ORDEM

CERT. DE CASAMENTO L-8001 F-214 RG-000423

TOUROS RN-CARTÓRIO UNICO CARTÓRIO

CPF

052.602.444-51

PIS 12803114641

2a. VIA

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

NAZARENO DE DEUS

COSTA

DIRETOR GERAL





CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO - ELETRÔNICO

CÓDIGO RENAVAL  
00865852243

PLACA  
MOP3949

EXERCÍCIO  
2020

ANO FABRICAÇÃO  
2005

ANO MODELO  
2005



Valide este QRCode com app Vio

ESPÉCIE / TIPO  
PASSAGEIRO MOTOCICLETA

MARCA / MODELO / VERSÃO  
HONDA/NXR125 BROS ES

PLACA ANTERIOR / UF  
MOP3949/PB

CHASSI  
9C2JD20205R038500

COR PREDOMINANTE  
VERMELHA

COMBUSTÍVEL  
GASOLINA

CATEGORIA

PARTICULAR

CAPACIDADE

POTÊNCIA/CILINDRADA  
0CV/124

PESO BRUTO TOTAL  
0.0

MOTOR  
JC30E95038500

CMT  
\*.\*

EIXOS  
\*

LOTAÇÃO  
02P

CARROCERIA  
NÃO APLICAVEL

NOME  
COSMO JOSE ALVES DA SILVA

CPE / CNPJ  
983.339.174-53

LOCAL  
TOUROS RN

DATA  
25/08/2020

ASSINADO DIGITALMENTE PELO DETRAN

DADOS DO SEGURO DPVAT

CAT. TARIF  
\*

DATA DE QUITAÇÃO  
\*

PAGAMENTO

☐ COTA ÚNICA

☐ PARCELADO

REPASSE OBRIGATÓRIO AO  
FUNDO NACIONAL DE SAÚDE (R\$)

CUSTO DO  
BILHETE (R\$)

CUSTO EFETIVO  
DO SEGURO (R\$)

REPASSE OBRIGATÓRIO AO  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE  
TRÂNSITO (R\$)

VALOR DO IOF (R\$)

VALOR TOTAL A SER PAGO  
PELO SEGURADO (R\$)

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0339472/20

**Vítima:** COSMO JOSE ALVES DA SILVA

**CPF:** 983.339.174-53

**Seguradora:** ANGELUS SEGUROS S/A

**Data do acidente:** 10/08/2020

**Titular do CPF:** COSMO JOSE ALVES DA SILVA

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT  
Outros

### MARCILENE DE OLIVEIRA CARDOSO SILVA : 052.602.444-51

Comprovante de residência  
Declaração Circular SUSEP 445/12  
Documentos de identificação  
Procuração

### COSMO JOSE ALVES DA SILVA : 983.339.174-53

Comprovante de residência

## ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 26/11/2020  
Nome: MARCILENE DE OLIVEIRA CARDOSO SILVA  
CPF: 052.602.444-51

MARCILENE DE OLIVEIRA CARDOSO SILVA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/11/2020  
Nome: ANDREIA ALEXANDRE DE OLIVEIRA  
CPF: 017.593.304-93

ANDREIA ALEXANDRE DE OLIVEIRA

# PROCURAÇÃO

Outorgante:

Osório José Alves da Silva, brasileiro (a), estado civil, casado,  
 Profissão professor, residente e domiciliado à Rua Paulista,  
 Nº 9422, Bairro Vila Israel, Município de Touros,  
 Estado de (o) RN, CEP 59584-000,  
 Portador (a) do RG nº 3.242.163 SSP/ RN e CPF nº 983.339.374-53

Outorgado:

Marcilene de O. Porden Silva, brasileira (a), estado civil, casada,  
 Profissão Autônoma, residente e domiciliado à Rua 8 de março,  
 Nº 9722, Bairro Vila Assis, Município de Touros,  
 Estado de (o) RN, CEP 59584-000,  
 Portador (a) do RG nº 002.076.933 SSP/ RN e CPF nº 052.602.444-51

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o (a) outorgado seu bastante procurador (a), para o fim especial de requerer junto a qualquer seguradora integrante do Consórcio de Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro de cobertura

invalidiz que vitimou em acidente de trânsito o (a) Sr (a) Osório José Alves da Silva ocorrido em 30/08/2020, conforme registrado pelo B.O. anexo ao processo.

Pelo presente instrumento particular de procuração, nomeio e constituo meu bastante e procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT, a fim de que o outorgado dê entrada em meu pedido de indenização do seguro DPVAT a ser creditada em conta bancária de minha titularidade conforme ficha de Autorização de Pagamento e poderes para acompanhar toda a tramitação do referido processo junto a esta seguradora, podendo para todo requerer o que necessário for, assinar, subscritar, rubricar, endossar, dar quitação e praticar, enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato da vítima.



Touros RN 27 de outubro de 2020

Osório José Alves da Silva

CPF Nº 983.339.374-53

UNICO UNICO DE TOUROS

RECIBO DE AUTENTICACAO 4.4 (SINHA) de OSORIO JOSE ALVES DA SILVA (983.339.374-53)

Código de Verificação: 002020080954140018254CQG

Selo Digital: RN2020080954140018254CQG

Touros RN 27 de outubro de 2020 11:37

MARIA JEANNE GONCALVES DE SOUZA ALVES - ESCRITURA

Op Admin Email: 2.805.500.14 - TOTAL 2.87

Reconhecer e firmar em cartório por autenticidade de veracidade

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0339472/20

**Vítima:** COSMO JOSE ALVES DA SILVA

**CPF:** 983.339.174-53

**Seguradora:** ANGELUS SEGUROS S/A

**Data do acidente:** 10/08/2020

**Titular do CPF:** COSMO JOSE ALVES DA SILVA

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT  
Outros

### MARCILENE DE OLIVEIRA CARDOSO SILVA : 052.602.444-51

Comprovante de residência  
Declaração Circular SUSEP 445/12  
Documentos de identificação  
Procuração

### COSMO JOSE ALVES DA SILVA : 983.339.174-53

Comprovante de residência

## ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 26/11/2020  
Nome: MARCILENE DE OLIVEIRA CARDOSO SILVA  
CPF: 052.602.444-51

MARCILENE DE OLIVEIRA CARDOSO SILVA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/11/2020  
Nome: ANDREIA ALEXANDRE DE OLIVEIRA  
CPF: 017.593.304-93

ANDREIA ALEXANDRE DE OLIVEIRA



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA MUNICIPAL DE TOUROS - RN

## BOLETIM DE OCORRÊNCIA


Nº: 00066504/2020

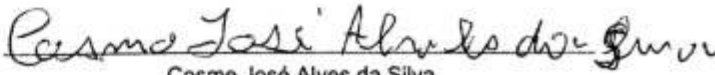
Nome Envolvido	Envolvimentos
Cosme José Alves da Silva	Proprietário, Possuidor

## RELATO/HISTÓRICO

O DECLARANTE COMPARECEU NESTA UNIDADE POLICIAL RELATANDO QUE NA DATA DO FATO SE DESLOCAVA SENTIDO A COMUNIDADE DE SANTA LUZIA, TOUROS/RN; QUE PRÓXIMO À COMUNIDADE ACIMA, UMA PESSOAS, QUE ESTAVA EM UMA CARROÇA, SAIU DE UMA ESTRADA DE TERRA, PERPENDICULAR À PISTA, E SE PÔS NA PISTA; QUE COMO ERA CEDO E AINDA ESTAVA POUCO ESCURO, QUANDO VIU A CARROÇA JÁ ESTAVA EM CIMA; QUE NÃO DEU PARA DESVIAR E TERMINOU COLIDINDO NA LATERAL DA CARROÇA, CAINDO LOGO A FRENTE; QUE FOI SOCORRIDO PELA SAMU PARA O HOSPITAL MONSENHOR WOLFREDO GURGEL, NATAL/RN, COM FRATURA ESPOSTA NA PERNA DIREITA; QUE A CONFEÇÃO DESSE DOCUMENTO TEM COMO FINALIDADE O SEGURO DPVAT. NADA MAIS DISSE.

## ASSINATURAS

  
José de Arimateia Ribeiro  
Agente de Polícia  
Matrícula 1226650  
Responsável pelo Atendimento

  
Cosme José Alves da Silva  
Comunicante, Vítima

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que del origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúnciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."



**GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE**  
**POLÍCIA CIVIL**  
**DELEGACIA MUNICIPAL DE TOUROS - RN**

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA**

Nº: 00066504/2020

**DADOS DO REGISTRO**

Data/Hora Início do Registro: 26/10/2020 12:13:29 Data/Hora Fim: 26/10/2020 12:55:44

Delegado de Polícia: Valerio Kurten Baratter

**DADOS DA OCORRÊNCIA**

Unidade de Apuração: Delegacia Municipal de Touros

Data/Hora do Fato: 10/08/2020 04:45 (Hora Aproximada)

**Local do Fato**

Município: Touros (RN)

Bairro: ZONA RURAL

Logradouro: RN QUE DÁ ACESSO A COMUNIDADE DE SANTA LUZIA

Nº: S/N

Ponto de Referência: PRÓXIMO AO LIXÃO

Tipo do Local: Área Rural

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
20005: ACIDENTE COM LESÕES	Não Houve

**ENVOLVIDO(S)**

**Nome Civil: COSME JOSÉ ALVES DA SILVA (COMUNICANTE, VÍTIMA)**

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Masculino

Nasc: 12/12/1974 Idade 45

Profissão: Engenheiro Agrícola

Estado Civil: Casado(a)

Naturalidade: Itambé - PE

Nome da Mãe: Maria José Alves da Silva

Nome do Pai: José Raimundo da Silva

Em Serviço: Não

**Documento(s)**

CPF: 983.339.174-53

**Endereço**

Município: Touros - RN

Logradouro: POVOADO VILA ISRAEL

Nº: 26

Complemento: CASA

Bairro: ZONA RURAL

CEP: 59.584-000

**OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)**

<b>Grupo Veículo</b>	<b>Subgrupo</b> Motocicleta/Motoneta
<b>Descrição</b> Pistola de cor VERMELHA	<b>CPF/CNPJ do Proprietário</b> 983.339.174-53
<b>Placa</b> MOP3949	<b>Renavam</b> 00865852243
<b>Número do Motor</b> JC30E95038500	<b>Número do Chassi</b> 9C2JD20205R038500
<b>Ano/Modelo Fabricação</b> 2005/2005	<b>Cor</b> VERMELHA
<b>UF Veículo</b> RN	<b>Município Veículo</b> Touros
<b>Marca/Modelo</b> HONDA/NXR125 BROS ES	<b>Veículo Adulterado?</b> Não
<b>Situação</b> Envolvido	<b>Última Atualização Denatran</b> 25/08/2020
<b>Situação do Veículo</b> NADA CONSTA	

**Envolvimentos**

Nome Envolvido

Impresso por: Jose de Arimateia Ribeiro

Data de Impressão: 26/10/2020 12:56:01

Página 1 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0339472/20

**Vítima:** COSMO JOSE ALVES DA SILVA

**CPF:** 983.339.174-53

**Seguradora:** ANGELUS SEGUROS S/A

**Data do acidente:** 10/08/2020

**Titular do CPF:** COSMO JOSE ALVES DA SILVA

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT  
Outros

### MARCILENE DE OLIVEIRA CARDOSO SILVA : 052.602.444-51

Comprovante de residência  
Declaração Circular SUSEP 445/12  
Documentos de identificação  
Procuração

### COSMO JOSE ALVES DA SILVA : 983.339.174-53

Comprovante de residência

## ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 26/11/2020  
Nome: MARCILENE DE OLIVEIRA CARDOSO SILVA  
CPF: 052.602.444-51

MARCILENE DE OLIVEIRA CARDOSO SILVA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/11/2020  
Nome: ANDREIA ALEXANDRE DE OLIVEIRA  
CPF: 017.593.304-93

ANDREIA ALEXANDRE DE OLIVEIRA

Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02



**COSERN**

**NOTA FISCAL • FATURA • CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA**

Companhia Energética do Rio Grande do Norte  
Rua Mermoz, 150. Baldo, Natal - RN, CEP 59025-250  
CNPJ 08.324.196/0001-81 | Insc. Est. 20055199-0 | www.cosern.com.br

**DADOS DO CLIENTE**

IVANILDA RODRIGUES ALVES DA SILVA

**ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA**

FV VILA ISRAEL 9422

CPF: 052 588 794-61 NIS: 22023182440

VILA ISRAEL/AREA RURAL  
TOUROS RN  
59584-000

**CLASSIFICAÇÃO**

B1 RESIDENCIAL  
BAIXA RENDA COM NIS  
Monofasico

CONTA CONTRATO 7006913304 MÊS/ANO 10/2020  
DATA DE VENCIMENTO 26/10/2020 DATA PREVISTA PRÓXIMA LEITURA 17/11/2020  
TOTAL A PAGAR (R\$) 81,85

Nº DA NOTA FISCAL	TIPO	EMISSÃO
049860036	UNICA	19/10/2020

APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
19/10/2020	3010839442	1537322

**DEMONSTRATIVO DA NOTA FISCAL**

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo-TUSD até 30 kWh	30,0000000	0,11208208	3,36
Consumo-TUSD superior a 30 até 100 kWh	70,0000000	0,19214071	13,44
Consumo-TUSD superior a 100 até 220 kWh	59,0000000	0,28821107	17,00
Consumo-TE até 30 kWh	30,0000000	0,10997980	3,29
Consumo-TE superior a 30 até 100 kWh	70,0000000	0,18853680	13,19
Consumo-TE superior a 100 até 220 kWh	59,0000000	0,28280521	16,68
Contrib. Ilum. Pública Municipal			7,71
ICMS-Parcela Subvencionada			7,18

81,85

TOTAL DA FATURA

**DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL**

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LEITURA	ATUAL DATA	ATUAL LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
2140199861	CAT	17-09-2020	10 367,00	19-10-2020	10 526,00	32	1,00000		159,00

**HISTÓRICO DE CONSUMO**

**INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS**

Mês/ano kWh

BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
-----------------	---	------------------

**COMPOSIÇÃO DO CONSUMO**

Geração de Energia	R\$	24,63	36,78%
Transmissão	R\$	3,37	5,03%
Distribuição (Cosern)	R\$	18,25	27,26%

**COSERN**

Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02

**NOTA FISCAL • FATURA • CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA**

Companhia Energética do Rio Grande do Norte  
 Rua Marmoz, 160, Baldo, Natal - RN. CEP 59025-250  
 CNPJ 08.324.196/0001-81 | Insc. Est. 20055199-0 | www.cosern.com.br

**DADOS DO CLIENTE**

MARCILENE DE OLIVEIRA CARDOSO

CPF 052.602.444-51

**ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA**

RUA OITO DE MARÇO 9722

VILA ASSIS CHATEUBRIAND/ÁREA RURAL  
 TOUROS RN  
 59584-000

**CLASSIFICAÇÃO**  
 B1 RESIDENCIAL  
 RESIDENCIAL  
 Monofásico

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMIÇÃO
045729814	ÚNICA	23/07/2020
A/R REPRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
23/07/2020	3010379482	1538770

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO
7004133697	07/2020
DATA DE VENCIMENTO	DATA PREVISTA PRÓXIMA LETURA
30/07/2020	24/08/2020
TOTAL A PAGAR (R\$)	83,71

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)-TUSD	107,0000000	0,35501480	
Consumo Ativo(kWh)-TE	107,0000000	0,31885204	
Contrib. Ilum. Pública Municipal			
Multa por atraso-NF 042708935 - 22/05/20			
Juros por atraso-NF 042708935 - 22/05/20			
Atualização IGPM-NF 042708935 - 22/05/20			
Bônus ITAIPU - art 21 da Lei 10.438/2002			

**TOTAL DA FATURA**

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL							
Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LEITURA	ATUAL DATA	ATUAL LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE
8704283	CAT	22/06/2020	28.310,00	23/07/2020	28.417,00	31	1,00000

**HISTÓRICO DE CONSUMO**

Mês/Ano kWh	
JUL 20 107	
JUN 20 96	
MAI 20 150	
ABR 20 135	
MAR 20 124	
FEV 20 102	
JAN 20 126	

**INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS**

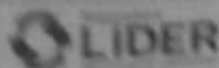
	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
ICMS	72,07	18,00	12,97
PIS	72,07	0,99	0,71
COFINS	72,07	4,54	3,27

**COMPOSIÇÃO DO CO**

Gerção de Energia	R\$
Transmissão	R\$
Distribuição (Cosern)	R\$
Perdas de Energia	R\$
Encargos Setoriais	R\$
Tributos	R\$
Total	R\$

**TARIFAS APLICADAS**

Consumo Ativo(kWh)-TUSD  
 Consumo Ativo(kWh)-TE



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO  
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Seguros Lider Seguros S.A. inscrita no CNPJ nº 06.908.022/0001-90, inscrita no CNPJ nº 06.908.022/0001-90, inscrita no CNPJ nº 06.908.022/0001-90

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e seguros, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 0800 1396 / Outros lugares: 0800 253 12 34

Site: [www.liderseguros.com.br](http://www.liderseguros.com.br) | 0800 022 33 06 | Central Chaveador: 0800 022 33 06

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O presente formulário deve ser preenchido e parte integrante do processo de indenização do sinistro, conforme estabelecido a Circular número 445/12, expedida pelo Conselho Superior de Seguros Privados.

<http://www3.susep.gov.br/BOLETADEINFORMACOES/INFORMACAOALASPK77PCH15&CATEGORIA=29636>

A Circular SUSEP nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a manter o controle dos dados pessoais no pagamento de indenizações. Este formulário deve conter, além dos documentos de identificação pessoais, informações sobre a profissão e a fonte de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da Súmula Circular, esta recusa é passível de transcrição ao COAF.

COMPETÊNCIA DA SUSEP: SUSEP ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA, APOSENTADORIA, CAPITALIZAÇÃO E RESERVAÇÃO, COMISSÃO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE FISCALIZAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.307/96.

Nome completo: Marceline de O. Ladeiras Silva

Inscrito (a) no CPF/CNPJ: 052.602.444/51 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Como José Alves da Silva inscrito (a) no CPF sob o nº 983.339.174/53

do sistema de DPVAT cobertura invalidez da vítima Como José Alves da Silva

Inscrito (a) no CPF sob o nº 983.339.174/53, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios.

☒ Recuso Informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>R - 8 de março</u>	Número: <u>9722</u>	Complemento: <u>casa</u>
Bairro: <u>vila Isais</u>	Estado: <u>PA</u>	CEP: <u>59584-000</u>
Cidade: <u>Touros</u>		Tel (DDD): <u>(84) 994178331</u>

Local e Data: Touros / PA 23-11-2020

Marceline de Oliveira Ladeiras Silva.  
Assinatura do Declarante